

## **Σ. Ε. Δ. Α.**

**ΤΑΜΕΙΟ ΑΛΛΗΛΟΒΟΗΘΕΙΑΣ**

**ΛΙΟΣΙΩΝ 22**

Τ.Κ. 104.38 ΑΘΗΝΑ

ΤΗΛ. 210 5277219, 210 5277220

FAX. 210 5278052

**ΑΘΗΝΑ.....**

Προς  
Το ΤΑΜΕΙΟ ΑΛΛΗΛΟΒΟΗΘΕΙΑΣ

### **Α Ι Τ Η Σ Η**

ΕΠΩΝΥΜΟ.....

ΟΝΟΜΑ .....

Υπαλλήλου Δ/νσης.....

Δ/νση Κατοικίας.....

Τηλ. Υπηρεσίας..... κινητό .....

Αρ. Δελτίου Ταυτότητας.....

**Ως μέλος του Ταμείου μας , παρακαλώ να μου χορηγηθεί το προβλεπόμενο χρηματικό ποσό που δικαιούμαι σύμφωνα με τον κανονισμό του Ταμείου**

**Σας επισυνάπτω τα απαραίτητα Δικαιολογητικά :**

Πρόσφατο Φάκελο Πληρωμής

Ιατρική Γνωμάτευση

Εξιτήριο

IBAN:

**( μόνο για περίπτωση θανάτου μέλους)**

Ληξιαρχική πράξη θανάτου

Πιστοποιητικό Οικ. Κατάστασης

..... **ΑΙΤ.....**